

Borgere med multisygdom i nye rehabiliteringsforløb - brugerinddragelse eller borgerens inddragelse?

Vedsegaard, Helle

Published in:
Tidsskrift for Velferdsforskning

Publication date:
2019

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Vedsegaard, H. (2019). Borgere med multisygdom i nye rehabiliteringsforløb - brugerinddragelse eller borgerens inddragelse? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 22(1), 59-73.
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2019/01/borgere_med_multisygdom_i_nye_rehabiliteringsforloeb_brug

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Borgere med multisygdom i nye rehabiliteringsforløb – brugerinddragelse eller borgerens inddragelse?

Citizens with Multimorbidity in New Rehabilitation Programmes – User Participation or Involvement by the Citizen?

Helle Wendner Vedsegaard

Lektor, ph.d.-stipendiat,

Institut for Mennesker og Teknologi, Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier, Roskilde Universitet

hellew@ruc.dk

SAMMENDRAG

Den danske velfærdsmodel med gratis hjemmehjælp er presset. Ny lovgivning om rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen er et forsøg på at imødegå dette. Ud fra et hverdagslivs-sociologisk perspektiv undersøges, hvordan borgere med multisygdom håndterer rehabiliteringsforløb, og hvorvidt det er muligt for borgerne at inddrage forløbene meningsfuldt i deres hverdagsliv. I et etnografisk feltstudie er tre ægtepar og fire aleneboende borgere fulgt i rehabiliteringsforløb. Analysen viser variationer i borgernes håndtering af rehabiliteringsforløb og en mulig bevægelse fra brugerinddragelse til borgerens meningsfulde inddragelse af rehabiliteringsforløb i tre interaktionsformer: «at mødes i det fremmede», «en stillen ind-relation» og «på egne ben».

Nøgleord

den danske velfærdsmodel, serviceloven § 83a, hjemmepleje, hjemmehjælp, rehabilitering, hverdagslivssociologi

ABSTRACT

The Danish welfare model including free home care is under pressure. A new legislation on home care rehabilitation is an attempted response to this. From an everyday life sociological perspective, I explore how citizens with multimorbidity manage rehabilitation, and whether citizens can meaningfully include rehabilitation in their everyday life. In this ethnographic field study three married couples and four single living citizens are followed in their rehabilitation. The analysis shows variations in the citizens' management of rehabilitation and a possible movement from user participation to meaningful involvement of the citizen in three forms of interactions: «to meet in strangeness», «a tuning-in relationship» and «on your own».

Keywords

The Danish welfare model, consolidation act on social services § 83a, home care, rehabilitation at home, everyday life sociology

INDLEDNING

Antallet af mennesker med multisygdom, defineret ved at have to eller flere samtidige langvarige sygdomme, er globalt stigende. I Europa lever ca. 50 millioner mennesker med multisygdom (Rijken, Struckmann, Dyakova, Melchiorre, Rissanen & Ginneken, 2013), i Danmark anslås det at gælde for ca. 25 pct. af befolkningen over 16 år (Jensen, Davidsen, Ekholm & Christensen, 2018). Mennesker med multisygdom er sygdomsbelastede af flere og længere indlæggelser med lavere funktionsevne efter udskrivelse, psykologisk stress, smerter, træthed og nedsat livskvalitet (Lawson, Mercer, Wyke, Grieve, Guthrie, Watt & Fenwick, 2013; Prados-Torres, Calderón-Larrañaga, Hanco-Saavedra, Poblador-Plou & Van Den Akker, 2014). For mennesker med multisygdom er der endvidere en høj arbejdsbyrde i forhold til f.eks. at koordinere de mange behandlinger og kontrolbesøg relateret til de enkelte sygdomme, at viderefordre information om sygdommene og behandling af disse mellem de forskellige sundhedsprofessionelle (May, Montori & Mair, 2009) og et til tider omfattende og kronisk hjemmearbejde relateret til egen sygdomsforebyggelse, kontrol og behandling (Grøn, Mattingly & Meinert, 2008). Der er begrænset viden om hverdagslivet med multisygdom fra et borger- eller patientperspektiv (Bayliss, Edwards, Steiner & Main, 2008; Walker, 2015). Sells finder, at borgerne oplever, at hverdagslivet påvirkes negativt med tab af egen formåen, værdsatte roller, sociale relationer og ægtefællerelation (Sells, Sledge, Wieland, Walden, Flanagan, Miller & Davidson, 2009), mens Kuluski finder, at patienter med multisygdom oplever tab af autonomi, meningsfulde aktiviteter og meningsstruktur i hverdagen (Kuluski, Bensimon, Alvaro, Lyons, Schaink & Tobias, 2014). Danske studier viser, at borgeres hverdagsliv med multisygdom er præget af manglende overskud, tab af sociale relationer, negativt påvirket uddannelses-, arbejds- og familieliv (Jansbøl, Anker, Nielsen & Hjarsbech, 2016), og at patienter med multisygdom oplever agendasammenstød med de sundhedsprofessionelle, når mål for behandlingen formuleres (Ørtenblad, Meillier & Jønsson, 2018). Menneskers hverdagsliv med multi-

sygdom er således komplekst med både sygdomsbelastning og oplevelser af ændret social identitet, sociale relationer og manglende meningsstruktur. Hvorvidt dette har betydning for borgeres møde med sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen, er uafklaret. I et review konstateres det, at forskning specifikt omhandlende borgere i hjemmeplejen og deres oplevelser af de tilbud, de modtager fra sundhedsvæsenet og tilbuddenes rettetthed i forhold til multisygdom, er underbelyst (Walker, 2015).

Borgeres komplekse hverdagsliv med multisygdom betyder, at behovet for hjemmehjælp er nærværende. Et europæisk studie viser, at op mod 95 pct. af borgere over 65 år i hjemmeplejen har multisygdom (Violan, Foguet-Boreu, Flores-Mateo, Salisbury, Blom, Freitag & Valderas, 2014). I Danmark er hjemmehjælp en del af hjemmeplejen. I den danske velfærdsmodel tilbydes borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer gratis hjemmehjælp, hvis de ikke selv er i stand til at varetage egne pleje- og omsorgsbehov eller praktiske opgaver i hjemmet. De økonomiske omkostninger herved er medvirkende til, at der i de seneste ti år sundhedspolitisk er gennemført hverdagsrehabilitering, hvorved fokus er flyttet fra traditionel pleje og omsorg til rehabilitering. Paradigmeskiftet i landets kommuner til en rehabiliteringspolicy på hjemmehjælpsområdet (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2013) har ligeledes betydet en ændring i de sundhedsprofessionelles roller i hjemmeplejen, hvor de nu i højere grad agerer trænere frem for at være omsorgsgivere (Meldgaard Hansen & Kamp, 2018).

I 2015 indførte Danmark § 83a om rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp i serviceloven (Social- og Indenrigsministeriet, 2014), med fuld implementering senest i 2017. Landets 98 kommuner skal herefter tilbyde et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til borgere med nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer, hvis forløbet vurderes at kunne forbedre borgernes funktionsevne og derved nedsætte behovet for hjemmehjælp. Borgere, der modtager hjælp midlertidigt, gennem flere år eller ansøger om hjemmehjælp, skal således gennemgå et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb på anbefalet 8–12 uger (Sundheds- og ældreministeriet, 2015), før behovet for hjemmehjælp vurderes. Med indførelse af § 83a er rehabilitering både et tilbud, borgerne har krav på, og en policybestemt praksis, hvor borgerne forventes at gennemføre rehabiliteringsforløb i form af hjælp til selvhjælp motiveret af de sundhedsprofessionelle. I § 83a betones, at rehabiliteringsforløb skal tage udgangspunkt i borgerens individuelle ressourcer og behov for justerbare mål, der fastsættes i samarbejde med borgeren, hvorved borgeren i højere grad end tidligere inddrages i målsætningerne for forløbet. Omvendt er § 83a rettet mod at reducere borgeres behov for hjemmehjælp, hvorved borgere antages som brugere, og et brugerperspektiv med *inddragelse af brugere* af sundhedsydelser frem for et borgerperspektiv med *borgerens inddragelse* af rehabiliteringsforløb i et kompliceret hverdagsliv med multisygdom. Flere undersøgelser af § 83a har et brugerinddragelsesperspektiv, når der evalueres ift. målsætning, udbytte og inddragelse i rehabiliteringsforløbene (Lauritzen, Bjerre, Graff, Rostgaard, Casier & Fridberg, 2017; Rambøll, 2017; Rostgaard & Graff, 2016). Borgerinddragelsesperspektivet med udgangspunkt i borgerens hverdagsliv er derimod underbelyst.

Efter indførelse af § 83a skal borgere med multisygdom, der ansøger om eller modtager hjemmehjælp, gennemgå et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, oftest i eget hjem, i interaktion med sundhedsprofessionelle. Tid, rum og interaktion er således, ligesom differentieret borger- og brugerinddragelse, væsentlige begreber til forståelse af, hvordan

borgere med multisygdom håndterer rehabiliteringsforløb i et komplekst hverdagsliv. Det, der undersøges i denne artikel, er variationerne af, hvordan borgere med multisygdom håndterer planlægning og udførelse af rehabiliteringsforløb, og hvorvidt det er muligt for borgerne at inddrage forløbene meningsfuldt i deres hverdagsliv med multisygdom.

HVERDAGSLIVET UNDER INDFLYDELSE AF REHABILITERINGSFORLØB

Rehabiliteringsforløb kan, inspireret af Berger og Luckmann (Berger & Luckmann, 2004), betragtes som en social konstruktion. Rehabiliteringsforløb er en del af den sociale verden, der internaliseres i det sociale menneske, her borgeren med multisygdom. § 83a-rehabiliteringsforløb kan således forstås som en institutionel social konstruktion til løsning af velfærdsstatens udfordringer med stadig flere borgere med multisygdom og behov for hjemmehjælp. I denne optik er rehabilitering ikke et mål i sig selv, men et middel til reduktion af brugernes behov for hjemmehjælp. Derved rammesættes brugerinddragelsesbetingelserne for rehabiliteringsforløb. For at forstå, hvorledes borgere under disse brugerinddragelsesbetingelser håndterer rehabiliteringsforløb i et hverdagsliv med multisygdom, er selve hverdagslivet af central betydning.

Jacobsen og Kristiansen beskriver hverdagslivet som:

den viden og de meningsstrukturer, som mennesker producerer, genskaber og trækker på gennem alle deres daglige, ofte rutineprægede fælles udvekslinger og aktiviteter, der finder sted i løbet af den periode, der strækker sig fra tidlig morgen til sen aften, fra sengetid til sengetid (Jacobsen & Kristiansen, 2014, 13)

I et teoretisk hverdagslivssociologisk perspektiv udtrykker Schutz rutinerne i hverdagslivet som commonsense-selvfølgeligheder, hvor også pragmatiske interesser er styrende (Schutz & Wagner, 1970; Schutz, 1971a). For borgere med et komplekst hverdagsliv med multisygdom vil de rutiner og pragmatiske interesser, der er knyttet hertil, synes selvfølgelige. Hverdagslivets verden er ifølge Schutz en intersubjektiv verden «because we live in it as men among other men, bound to them through common influence and work, understanding others and being understood by them» (Schutz, 1971b, 10), hvor meningsfulde handlinger i hverdagslivets verden udspiller sig i tid, rum og interaktion. Med inspiration fra Bergson beskriver Schutz tidsbegrebet som ydre objektiv tid, indre oplevet tid og levende nutid, hvor sidstnævnte er en krydsning af indre og ydre tid (Schutz, 1971a). Rehabiliteringsforløb er kvantitativt tidsafgrænsede, idet de udspiller sig i en ydre tids forståelse, mens borgernes hverdagsliv med multisygdom snarere indebærer en indre kvalitativ tidsforståelse, der er springende og betinget af de forskellige bevidsthedsstrømme, hverdagslivet med multisygdom fører med sig. I interaktion mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle udspilles de forskellige tider, herunder også den levende nutid. Schutz eksemplificerer med musikalsk samspil, hvorledes der i den levende nutid skabes en stillen ind-relation, hvor «jeget» og «duet» bliver til en «vi»-sammenhæng (Schutz, 1951). Rummet for rehabiliteringsforløb er borgernes hjem, der med Gouldners (Gouldner, 1975) forståelse af

hverdagslivet er det hjemlige, den private sfære, den upolitiske og ikkeinstitutionaliserede domæne i livet. Modsat har rehabiliteringsbegrebet rod i en sundhedsprofessionel institutionel forståelse, hvor Schutz' begreb om fremmedhed (Schutz, 1971c) kan beskrive, hvorledes borgere i rehabilitering befinder sig i et grænseområde mellem det vante hjemlige og det fremmede. Det, der således er på spil, er krydsfeltet mellem borgernes hverdagsliv med multisygdom og rehabiliteringsforløb, der konstruerer og konstitueres i tid og rum i interaktion med de sundhedsprofessionelle, hvor differentieringen mellem brugerinddragelse i og borgerens inddragelse af rehabiliteringsforløb giver anledning til variationer af borgernes håndtering af rehabiliteringsforløb.

METODE OG EMPIRI

Artiklen bygger på et etnografisk feltstudie udført i perioden november 2016 til januar 2018 i en Københavnsk vestegnskommune, hvor andelen af borgere med multisygdom er høj (Statens Serum Institut & National Sundhedsdokumentation og -IT 2015). Jeg har fulgt tre ægtepar og fire aleneboende borgere med multisygdom, hvor de aleneboende borgere, den ene af et ægtepar eller begge ægtefæller er visiteret til rehabiliteringsforløb. De deltagende borgere er udvalgt ud fra kriteriet multisygdom og er inkluderet i samme kronologi, som de er visiteret til rehabiliteringsforløb. Borgerne er i alderen 51–86 år. De er alle alders- eller førtidspensionister med mellemlang, kort eller ingen uddannelse. Borgernes rehabiliteringsforløb spænder mellem 1 dag og 14 måneder. Forløbene har fokus på rehabilitering af borgernes funktionsevne knyttet til den hjemmehjælpsydelse, borgerne modtager midlertidigt, gennem flere år eller ansøger om. Rehabiliteringsforløbene foregår i borgernes hjem, med deltagelse af en eller flere sundhedsprofessionelle: ergoterapeuter, fysioterapeuter, hjemmehjælpere, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Under rehabiliteringsforløbene har jeg observeret interaktion mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle mellem 1 og 14 gange hos de enkelte borgere, i alt 55 feltobservationer. For at få indblik i borgernes hverdagsliv har jeg endvidere udført deltagende feltobservationer før og efter borgernes interaktion med de sundhedsprofessionelle, i alt 25 deltagende feltobservationer. Her har jeg deltaget, når borgerne fx har spist morgenmad, ordnet haveaffald, set tv eller haft besøg af familie. Ved hver feltobservation har jeg udført feltnoter under og umiddelbart efter feltobservationerne (Emerson, Fretz & Shaw, 2011), samlet set i alt 318 sider renskrevne feltnoter.¹

Analysemetode

Udgangspunktet for analyserne er en abduktiv tilgang. I tråd med Alvessons forståelse af abduction som værende tæt på hermeneutikken alterneres mellem teori og empiri, som genfortolkes i lyset af hinanden (Alvesson & Sköldberg, 2009). Feltnoterne gennemlæ-

1. Feltstudiet er del af mit ph.d.-projekt, *Borgere med multisygdom i rehabiliteringsforløb*, anmeldt til datatilsynet jnr. 2016-41-4774 og de videnskabetiske komiteer jnr. 54272.

ses flere gange med henblik på familiarisering og helhedsindtryk. Herefter udforskes de spørgende (Emerson mfl. 2011) og analyseres i fora med kolleger. Begyndende temaer formuleres. Feltnoterne genlæses med de analysebærende begreber: brugerinddragelse i og borgerens inddragelse af rehabiliteringsforløb samt tid, rum og interaktion. Teoretiske perspektiver anlægges som teoretisk informerede empiriske analyser. Herefter alterneres mellem de første begyndende temaer og de teoretisk informerede empiriske analyser. Hovedtemaerne, tre interaktionsgrundformer i rehabiliteringsforløb, afgrænses og defineres.

ANALYSERNE

Fundene fra analysen giver tre grundformer af interaktion i rehabiliteringsforløb: «at mødes i det fremmede», «en stillen ind-relation» og «på egne ben». Grundformerne udtrykker en mulig bevægelse fra brugerinddragelse til borgerens inddragelse af rehabiliteringsforløb, herunder fremkommer variationer af borgernes håndtering af rehabiliteringsforløb.

At mødes i det fremmede

Ægteparret Kirsten og Henrik modtager midlertidig hjemmehjælp efter udskrivelse fra hospitalet. Kirsten har haft en apopleksi, og Henrik har fået amputeret det ene underben og har balanceproblemer efter en tidligere apopleksi. Kirstens hverdagsliv med multisygdom har betydet en ændret social identitet. Hun udgør ikke længere det matriarkalske holdepunkt i familien, når der skal arrangeres familiefester eller passes børnebørn, og oplever det udmattende og logistisk udfordrende at få hverdagen til at hænge sammen med indkøb, tøjvask og en multisyg ægtefælle. Kirsten er særlig bekymret for Henrik, som efter benamputationen og et genoptræningsforløb nu blunder det meste af dagen i en kørestol, hvilket står i modsætning til det aktive foreningsliv inden for sportens verden, der tidligere prægede begge deres hverdagsliv. Kirstens bekymring for Henrik giver sig udslag i hverdagsskænderier, der ofte omhandler Henriks brug af kørestolen. Ægteparret får begge tilbudt rehabiliteringsforløb.

Da Henriks rehabiliteringsforløb aftales, har rehabiliteringsterapeuten fokus på, at Henrik genoptager at gå i bad uden hjælp. Henrik ønsker at bibeholde hjemmehjælpen: «Det er meget betryggende, at hun er der, når jeg bader. Balancen er ikke helt kommet tilbage efter blodproppen ... jeg har kun ét ben at stå på i badet». Henriks ønske for rehabiliteringsforløbet er at genoptage bowlingspillet i den klub, hvor han har været aktiv gennem mange år og været formand. De aftaler, at Henrik skal træne styrke i benene og øve balancen og herefter se tiden an ift. selvhjulpenhed i badet. Skønt rehabiliteringsforløbet foregår i Henriks hjem, ses det hos flere af borgerne, at det hjemlige rum domineres af et institutionelt træningsrum under fuldstændig kontrol af rehabiliteringsterapeuten, der inviterer til brugerinddragelse med en effektiviseringslogik.

Henrik har gjort klar til at spise frokost, da rehabiliteringsterapeuten Lena kommer. Henrik afbryder frokosten, og efter en kort samtale siger Lena: «Nåh, så er der træningen. Jeg vil gerne se dig lave øvelserne på en stol, hvor du rejser dig». Henrik foreslår en af spisebordsstolene. Han kører i kørestolen derhen. Lena siger: «Du kan gå fra kørestolen hen til stolen med rollatoren». Henrik griner: «Det er kun to skridt». Lena siger: «Ja, så får du to skridt ekstra». Henrik rejser sig og går hen til stolen, han udfører øvelserne. Herefter går de ind i stuen, hvor der er et trappetrin, Henrik skal forcere. Henrik går nu med to stokke, han mister balancen, da han skal ned af trinnet, Lena får afværget, at han falder. Hun spørger: «Er du klar på at tage trinnet en gang mere?». Henrik svarer «For helvede, så skulle jeg have lavet det ordentligt før!». Henrik går op og ned ad trinnet. Lena kommenterer, at han gør det i en forkert rækkefølge af stokke, højre og venstre ben. Lena siger: «Jeg kan huske det på en remse. Det dårlige ben ned i helvede og det raske ben op i himlen». Henrik ser på Lena, de står lidt. Henrik prøver trinnet en gang mere, men bytter igen rundt på rækkefølgen. Henrik griner og siger: «Så, jeg skal have en pause nu. Jeg kan huske, da jeg selv underviste, så var det højst i tre kvarter». Lena smiler og siger: «Lige op ad trinnet en gang mere». Henrik tager trinnet et par gange mere, nu i den rigtige rækkefølge. Lena siger: «Så tror jeg, at du skal hen og sidde ned». Henrik sætter sig udmattet på spisebordsstolen. Da Lena er gået, genoptager Henrik frokosten.

Det problematiske trin i det hjemlige rum bliver underlagt et institutionelt træningsrum og indgår her som en rehabiliteringsrekvisit. Henrik opfordres til effektivt at træne, også de to skridt fra kørestolen til spisebordsstolen. Det institutionelle træningsrum og en ydre tidseffektivitet opleves fremmed for Henrik. Han underlægger sig og udfører træningsøvelserne, ligesom han ikke spilder terapeutens tid med at spise frokost. Træningsrummets remse «Det dårlige ben ned i helvede og det raske ben op i himlen» synes fremmed for Henrik. Han forstår ikke remsens funktion og har vanskeligt ved at inddrage den meningsfuldt. Henriks ønske, et hverdagsliv med bowling, bliver transformeret til delmålet at styrke benmuskler og balance. Delmålet dominerer træningen, der retter sig mod, at Henrik bliver selvhjulpne i badet, frem for at han genoptager bowlingen.

Ligeledes opleves de instrumentelle funktionsafklarende tests og vurderingsskemaer, rehabiliteringsterapeuterne præsenterer for borgerne ved begyndelsen og afslutningen af rehabiliteringsforløbet, som fremmede for borgerne. Kirsten skal udfylde et funktionsvurderingsskema. Skemaet indeholder prædefinerede dagligdagsopgaver, f.eks. indkøb og tøjvask. Kirsten ser på skemaet og siger opgivende: «Jeg kan jo det hele, men jeg kan ikke nå det. Det er svært med 180 m². Nu kan du se, vasketøjet hænger der til tørre». Skemaet virker fremmed for Kirsten, det indfanger ikke meningsfuldt kompleksiteten i hendes hverdagsliv med multisygdom. På opfordring fra rehabiliteringsterapeuten udfylder Kirsten skemaet og underlægger sig det institutionelle rum og brugerinddragelsesrollen. Eksemplet tydeliggør endvidere, hvordan Kirstens og rehabiliteringsterapeutens tidsperspektiv er forskelligt. Rehabiliteringsterapeutens blik er rettet mod fremtiden og afslutning af rehabiliteringsforløbet, mens Kirstens tidshorisont er kort, rettet mod udfordringer i nuet.

Hvor ægteparret i hver sit rehabiliteringsforløb individuelt håndterer fremmedheden i forløbene ved at underlægge sig, er Pouls håndtering mere definitiv. Poul lever et hverdagsliv, han betegner som: «Jeg har altid været min egen», og han har flere forliste ægteskaber bag sig. Han har i de senere år skændtes med sine børn og har ikke længere kontakt til

dem. Poul søger om hjemmehjælp til rengøring og indvilger i et rehabiliteringsforløb med fokus på træning af dette. I forløbet foreslår rehabiliteringsterapeuten, at Poul udarbejder et skema, hvor rengøringen deles op på faste dage. En ydre tidsstruktur er fremmed for Poul i et hverdagsliv præget af multisygdoms uforudsigelighed med gigtsmerter og alkoholisme «Folk skal ikke blande sig i, hvordan jeg skal gøre». Ligeledes udtrykker Poul bekymring for, at det hjemlige rum vil blive institutionaliseret: «Jeg kan jo godt selv ... hvis der kom sådan en ekspert og ser efter, så er det måske ikke helt godt nok, men for mig er det acceptabelt, som det er». Poul trækker sig og annullerer ansøgningen om rengøringshjælp, hvorved rehabiliteringsforløbet afsluttes. For Poul er det at skulle mødes i det fremmede, i rehabiliteringsforløbets ydre tidsstruktur og institutionelle rum, for fjernt fra hans hverdagsliv, til at han meningsfuldt kan inddrage forløbet i sit komplicerede hverdagsliv med multisygdom.

En stillen ind-relation

Susanns hverdagsliv med multisygdom er præget af afbrudte vaner og rytmer. Hun er ophørt med at lave mad, er vågen om natten og kan ikke længere overkomme den vanlige sociale kontakt med naboerne. Susann har svært ved at skabe meningsstruktur i hverdagen, hvor det eneste faste holdepunkt er kontakten til datteren og barnebarnet. Susann overvejer at flytte tættere på datteren, men kan ikke overskue beslutningen, ligesom hun i hverdagen har svært ved at overskue oprydning. Susann er smerteforpinet, går afbrudt til og fra forskellige gøremål, taler hektisk og springende om flere emner på samme tid, mens hun kommenterer sin egen ageren: «Nej, nu taler jeg for meget. Der er for mange detaljer. Ikke alle de detaljer, Susann, du mister overblikket». Susann har i flere år haft hjemmehjælp til rengøring og har nu søgt om hjælp til oprydning. Da rehabiliteringsforløbet med fokus på oprydning bliver aftalt, fortæller hun, at tøjbunkerne stresser og påvirker hendes sukkersyge og rygsmerter negativt. Susann siger: «Det er sådan en omvendt domino, der skal ske». Ved indgangen til rehabiliteringsforløbet sætter rehabiliteringsterapeuten en tidsramme på 8–12 uger. Susann mener, det er for kort, de aftaler at se tiden an. Susanns komplekse hverdagsliv med multisygdom er præget af manglende struktur af hverdagens opgaver, hvilket viser sig hos flere af borgerne.

Rehabiliteringsterapeuten Maria har været hos Susann i kort tid. Susan fortæller om smerterne, som ikke anerkendes af lægerne, at hun måske vil flytte nærmere datteren, at smerterne påvirker hendes blodsukker, og at hun ikke har tillid til, at en ny læge vil vurdere hendes smerter som reelle. «Nå, Maria, det er jo ikke det, vi skal tale om. Vi skal have lagt tøjet på plads i soveværelset». Maria svarer: «Det er en fin idé». De går sammen op på 1. sal til soveværelset. Susann humper smerteklagende op ad trappen. På sengen og skrivebordet ligger bunker af rent tøj. De ser sig omkring i rummet. Susann peger på en næsten tom reol, hun siger til Maria: «Hvis du så vil hjælpe mig med at få lagt det sammen, ind på plads i reolen?». Maria nikker, hun tager et dynebetræk og folder det tre gange. Susann udbryder: «Nej, det skal ikke foldes sådan ... du har for travlt, Maria». Susann hiver betrækket ud af hænderne på Maria. Susann folder betrækket to gange, hun står med det i hænderne og ser på reolen. Maria siger: «Prøv at lægge det ind der». Susan lægger betrækket på den anviste hylde i reolen, det kan ikke være der. Maria spørger: «Må

jeg prøve at foreslå noget?». Susann nikker og rækker betrækket til Maria. Maria folder betrækket tre gange, hun lægger det ind på hylden. Betrækket kan præcis være der. Susann smiler og siger: «Nej, hvor er det godt, Maria, det ser rigtig fint ud». Maria smiler også. Herefter tager Susann et stykke tøj fra en af bunkerne, hun kommenterer positivt dets farve, blødhed og andre kvaliteter, hun rækker tøjet til Maria, der lægger det ind i reolen. Dette gentager sig mange gange, hvorunder Susann bevæger kroppen mindre smertebeviset. I en fælles rytme finder Susann et stykke tøj, rækker det til Maria, der lægger det sammen ind i reolen. Efter lidt tid siger Maria: «Du virker til at have det bedre». Susann svarer: «Ja, det har jeg også. Jeg har opdaget, at smerten ... jeg må bare give slip».

Susann italesætter rehabiliteringsaktiviteten, hvorved hun opnår kontrol af selve overgangen fra hverdagslivsrummet med multisygdom til rummet med rehabiliteringsforløb. Men Susanns videreførelse af kontrol i rehabiliteringsrummet, hvor dynebetrækket foldes, giver anledning til udfordringer i interaktionen mellem Susann og Maria. Susann håndterer rehabiliteringsforløbet ved kontrolleret at inddrage hverdagslivsrummet. Hun kommenterer tøjets detaljer og anerkender det derved som en del af hendes hverdagslivsrutine og ikke blot som rehabiliteringsrekvisitter. Susann inddrager herved rehabiliteringsforløbs aktivitet, at lægge tøj på plads, således at der ikke længere er et egentligt skifte af rum, men snarere, at de to rum forenes i en for Susann meningsfuld handling. I interaktionen opstår ligeledes et skifte i tid. Susanns indre tid er i begyndelsen karakteriseret ved at være springende, hvor hun forbinder tidligere erfaringer med lægers manglende anerkendelse af hendes smerter til negative forventninger til de næste læger. Herefter dominerer en ydre tidsstruktur med Marias tidseffektive foldning af dynebetrækket. Der afsluttes med et sidste skifte i tid til levende nutid. Susanns asynkrone indre tid forenes med den ydre tids kronologi i handlingen, at lægge tøj på plads, hvor de finder en fælles rytme i en skabt fælles selvfølghed. Interaktionen mellem Susann og Maria er en stillen ind-relation i den levende nutid, hvor Marias «må jeg prøve at foreslå noget?» demonstrerer en ydmyg tilgang med respekt for det hjemlige rum, hvor brugerinddragelse og borgerens inddragelse af rehabiliteringsforløb flyder sammen. I en fælles rytme lægges tøjet på plads i reolen. Der skabes en vi-samhørighed i en stillen ind-relation, hvor både det forenede rum og den levende nutid betinger, at Susann inddrager rehabiliteringsforløbet meningsfuldt i et kompliceret hverdagsliv med multisygdom.

Ved flere af borgernes rehabiliteringsforløb opstår lignende sekvenser, hvor hverdagslivets gøremål og rehabiliteringsforløb glider rumligt sammen i en levende nutid, og der skabes en vi-samhørighed i en stillen ind-relation i interaktionen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Inges hverdagsliv er præget af angst for at tænde komfuret. Hendes daglige rytme med at tilberede varm aftensmad har været afbrudt et par år efter flere indlæggelser med multisygdom, og hun har nu glemt rutinerne: «Jeg ved ikke engang, hvordan man koger et æg». Da rehabiliteringsforløbet aftales, betoner Inge et ønske om at genoptage tilberedning af aftensmad. Inge håndterer rehabiliteringsaktiviteterne ved at kopiere rehabiliteringsterapeuten, når hun f.eks. rører i en gryde på det tændte komfur. Senere i forløbet udvikler de sammen en vane, hvor de i fælles rytme på skift rører i gryden under madlavningen. I disse stillen ind-relationer udspiller deres fælles handling sig i et rum, hvor hverdagsliv og rehabiliteringsforløb er forenet i den levende nutid. Inge håndterer rehabi-

litereringsforløbet ved at kopiere rehabiliteringsterapeuten og inddrager rehabiliteringsforløbet i sit hverdagsliv på en for Inge meningsfuld måde i et kompliceret hverdagsliv med multisygdom.

På egne ben

Hverdagslivet hos Emmy og Frank er ændret efter Franks hjerteoperation. Frank sover om natten siddende i en lænestol foran det tændte fjernsyn. Franks ændrede sovevane bekymrer Emmy, hvortil Frank svarer: «Det kommer nok en dag, lige pludselig». Ægteparret får midlertidig hjemmehjælp til rengøring. Frank tilbydes et rehabiliteringsforløb med fokus på at genoptage rengøringen. Frank foreslår, at hjemmehjælpen forlænges 2-3 måneder, og at han herefter overtager rengøringen, hvortil rehabiliteringsterapeuten svarer: «Jeg tror godt, du kunne trænes, så du hurtigere kan overtage det». Frank indvilger i et rehabiliteringsforløb, mod at hjemmehjælpen ikke aflyses foreløbig. Som ved flere af borgerne instrueres Frank i forløbet om at opdele rehabiliteringsaktiviteten over tid.

Frank og jeg står i køkkenet. Frank har været i rehabiliteringsforløb i ca. 8 uger, han fortæller om rengøringen, som han nu stort set har overtaget:

Altså ... hun (hjemmehjælperen) vil gerne, at jeg deler det op, så jeg den ene dag tager det ene og den anden dag det andet. Men jeg er en stædig rad, jeg tager det hele på en dag. Jeg kan jo heller ikke planlægge noget, før støttestrømperne er på.

Instruktionen om opdeling af rehabiliteringsaktiviteten rummer en ydre tidsforståelse, hvori aktiviteten effektivt kan opdeles i mindre enheder. Modsat oplever Frank tiden som indre tid knyttet til de bekymringer, hverdagslivet med multisygdom fører med sig. Dette viser sig ved hans bekymringer for en tidsopdeling af rengøringen, der opleves som uoverskuelig og blokerer for andre gøremål relateret til hans hverdagsliv med multisygdom. Frank håndterer rehabiliteringsforløbet ved at trodse og udfordre den givne rehabiliteringsinstruktion. Han indretter rengøringen efter sin oplevelse af tid og det hjemlige rum, så det bliver meningsfuldt for ham i et hverdagsliv med multisygdom.

Hvor Frank som udgangspunkt efterkommer rehabiliteringsinstruksen, dog på sin egen måde, erstatter Kirsten de instruerede træningsøvelser med andre øvelser. Kirsten har i rehabiliteringsforløbet efterspurgt øvelser til at styrke det højre ben. Hun bliver instrueret i nogle træningsøvelser, der skal udføres dagligt. Kirsten opgiver øvelserne, som hun ikke finder tid til i hverdagen. I stedet tager hun med et rejseselskab for ældre på et kurophold i udlandet, hvor hun deltager i bl.a. dansesessioner. På trods af at Kirsten adskiller sig fra de øvrige deltagere, oplever hun træningsopholdet som meningsfuldt:

De andre fejlede jo ikke noget ... Så en dag skulle vi danse. Der kunne jeg godt mærke, at mit højre ben ikke ville med ... Jeg fungerer langsomt med højre ben, men så måtte jeg bare flytte venstre hen og lave et ekstra chassétrin ... Det var rigtig godt.

Netop det at dansen ikke foregår i et institutionelt rum med fokus udelukkende på rehabiliteringstræning, men på et kurophold i udlandet i et nyt socialt fællesskab med raske

ældre betyder, at Kirsten finder det meningsfuldt at erstatte de instruerede træningsøvelser i rehabiliteringsforløbet med kuropholdet.

Hos andre borgere skabes, parallelt med rehabiliteringsforløb, en egeninitieret rehabilitering. Hos ægteparret Lily og John planlægges, som ved de øvrige ægtepar, individuelle rehabiliteringsforløb. I Lilys forløb er rehabiliteringsmålet, at hun genoptager at gå i bad uden hjælp fra hjemmehjælpen. Lily er uenig i målet, der forhandles gennem flere møder med rehabiliteringsterapeuten. Parallelt hermed genoptager Lily egenhændigt sin rutine i det hjemlige hverdagslivsrum med udendørs gåture. Lily træner gåture med rollator rundt i kvarteret, hvor hun og John bor. Senere tager hun bussen for at komme længere væk i længere tid, som hun tidligere plejede at gøre: «Jeg kan ikke holde ud at være her 24 timer ... Jeg har brug for selv at komme ud en gang imellem og se noget andet ... så tager jeg ned i centret». Lilys egeninitierede rehabilitering er orienteret mod hverdagslivsrutiner og vaner i det hjemlige rum. Denne rehabilitering er meningsfuld i Lilys hverdagsliv ud fra et ønske om social rehabilitering, der ikke opfanges eller indgår i hendes rehabiliteringsforløb.

DISKUSSION OG KONKLUSION

Betingelsesrammen for § 83a-rehabiliteringsforløb er et klart formuleret policyønske om reduktion af borgeres behov for hjemmehjælp. Rammen for rehabiliteringsforløbene er således dels, at borgerne skal rehabiliteres inden for de områder, hvor de midlertidigt, i længere tid, modtager eller ansøger om at modtage hjemmehjælp, dels, at borgerne, motiveret af de sundhedsprofessionelle, skal løse hjælpebehovene. Som påpeget af Pii har borgeren herved en dobbeltrolle ved både at være årsag til og løsning på hjælpeproblemet (Pii, 2010). Borgeren forventes således at indgå i rehabiliteringsforløb som bruger af sundhedsydelser, hvorved borgeren reduceres til bruger med individuelt ansvar for egen sundhedsydelser. I de øvrige nordiske lande ses på ældreområdet en lignende udvikling. I Norge er udviklingen i den politiske retorik en gradvis forskydning af balancen i velfærdsstaten fra en forvisning om tryk offentlig ældreomsorg til øget opmærksomhed på den enkelte ældres ansvar og forpligtelser i forhold til egen alderdom og sundhed (Christensen & Fluge, 2016). Dette er dog ikke gennemført på rehabiliteringsområdet i samme omfang som i den danske servicelovs § 83a, der eksplicit knytter rehabilitering til reduktion af hjemmehjælpsydelser. Inden for betingelsesrammen viser analysen tre grundformer for interaktion i rehabiliteringsforløb: «at mødes i det fremmede», «en stillen ind-relation» og «på egne ben».

At mødes i det fremmede er kendetegnet ved, at den ydre tid og det institutionelle rum er dominerende i interaktionen mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle. Hjemmet, der transformeres til fremmedhed i bruger-sundhedsprofessionel-interaktion, ses også i Mahlers studie af hjemmets betydning for ældre i forbindelse med sundhedsfremmede interaktion (Mahler, Sarvimäki, Clancy, Stenbock-Hult, Simonsen, Liveng & Hörder, 2014). Mit studie bidrager hertil, idet det viser, at borgere med multisygdom håndterer fremmedheden ved at underlægge eller trække sig fra rehabiliteringsforløb. Dette viser endvidere, hvor magtfuldt mødet er. Fundet ligger i forlængelse af Järvinen og Mor-

tensens teoretiske udredning af det magtfulde møde mellem borgeren og repræsentanter for velfærdsstatens hjælpesystemer (Järvinen & Mortensen, 2002) og Mik-Meyer, Holen og Thuesens empiriske fund (Holen, 2011; Mik-Meyer, 2002; Thuesen, 2013). Hvor disse har undersøgt mødet i institutionelle rammer; jobaktiveringscentre, hospitaler og genoptræningscentre, bidrager mit studie med samme type af fund i en hjemlig, ikkeinstitutionel kontekst. Et andet fund er, at de institutionelle skemaer og træningsremser ikke meningsfyldt inddrages af borgerne i deres hverdagsliv med multisygdom. De sundhedsprofessionelles velmenende initiering til at bidrage til borgernes empowerment stiller reelt borgerne i en situationskontekstuel disempowermentposition, hvorfra borgerne trækker sig eller underlægger sig. I forhold til indramningen af § 83a, med rehabilitering tæt knyttet til reduktion af hjemmehjælpsydelser, fremstår det implicitte win-win-forhold mellem bruger og velfærdsstat i indeværende grundform som et dobbelt loose-forhold for borgeren, der står til at miste både motivationen til rehabilitering og meningsfuld inddragelse af rehabiliteringsforløb i et kompliceret hverdagsliv med multisygdom.

En stillen ind-relation forener det hjemlige hverdagslivsrum med det institutionelle rehabiliteringsrum i en vi-samhørighed i den levende nutid. Borgernes håndtering varierer mellem at kontrollere og kopiere selve rehabiliteringsaktiviteten i interaktionen med de sundhedsprofessionelle. De to håndteringer udtrykker forskellige grader af selvstændighed, der begge leder til meningsfuld inddragelse af rehabiliteringsforløb i borgernes hverdagsliv med multisygdom. Fundene viser, at det ikke er graden af selvstændighed i selve rehabiliteringsaktiviteten, men den levende nutid og det forenede rum i interaktionen, der har betydning for, at borgerne inddrager rehabiliteringsforløb meningsfuldt i deres hverdagsliv med multisygdom. I denne stillen ind-relation skabes et samspil mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle, hvor distinktionen mellem borger og bruger ophæves. I samspillet er rehabiliteringsforløb ikke bare en Kooperation mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, men mere at sidestille med ideen om ligestillede partnere i en koproduktion (Hunter & Ritchie, 2007).

På egne ben er karakteriseret ved, at borgerne uden for interaktion med de sundhedsprofessionelle håndterer rehabiliteringsforløb ved at trodse og udfordre, erstatte eller udvikle parallelle rehabiliteringsforløb. Fundet er særligt, da det ikke er knyttet direkte til interaktionen. Fundet demonstrerer, at borgerne uden for det institutionelle rehabiliteringsrum udfører og inddrager rehabilitering på en egen meningsfuld måde i et hverdagsliv med multisygdom. Et andet fund er, at borgerne alene tilbydes isolerede individuelle rehabiliteringsforløb frem for at medtænke den sociale relation, f.eks. ægteparrene imellem, som en del af den sociale rehabilitering. Samtidig påpeger fundene, at den sociale rehabilitering med genoptagelse af sociale hverdagslivsrutiner eller nye sociale relationer ikke er i fokus ved en brugerinddragende tilgang. I § 83a er rehabiliteringsforløb defineret i forhold til borgernes nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne eller særlige sociale problemer. Udfordringen i rehabiliteringsarbejdet er her at inkludere social rehabilitering generelt og rehabilitering til hjemmehverdagslivet specifikt. Dette betyder, at det overlades til borgeren selv at etablere den sociale rehabilitering, hvilket også Rostgaard og Graff finder (Rostgaard & Graff, 2016). Mit studie viser, at borgernes ønske om at rehabilitere den sociale identitet er så påtrængende, at nogle af borgerne selv initierer rehabilitering, der samtidig er udtryk for en emanciperende bevægelse fra bruger til borger i en velfærdsstat, der ikke formår at

opdage eller indfange de sociale rehabiliteringsbehov hos borgere med multisygdom. I den første grundform, at mødes i det fremmede, er rehabilitering initieret af de sundhedsprofessionelle med dominans af ydre tid og institutionelt rum, der i denne optik reducerer borgeren til at være bruger af rehabiliteringsforløb. I den anden grundform, en stillen ind-relation, er rehabilitering initieret i samspil mellem de sundhedsprofessionelle og borgerne, hvor borgerne på en og samme gang er brugere i rehabiliteringsforløb og borgere i hverdagsliv. I den sidste grundform, på egne ben, er rehabilitering initieret af borgerne selv uden for det institutionelle brugerdefinerende rehabiliteringsrum. De tre interaktionsgrundformer i rehabiliteringsforløb, med variationer af borgeres håndtering af forløb, demonstrerer således en transformation fra bruger til borger, samt en mulig bevægelse fra brugerinddragelse til borgerens inddragelse af rehabiliteringsforløb på en for borgeren meningsfuld måde i et hverdagsliv med multisygdom. Artiklens fund viser, at hvis rehabiliteringsarbejdet i praksis ikke tager et reelt udgangspunkt i borgeres hverdagsliv med multisygdom, vil rehabiliteringsforløb ikke inddrages meningsfuldt af borgerne. Omvendt vil en større tilpasning til borgeres hverdagsliv med multisygdom styrke rehabiliteringsarbejdet, men da må § 83a rehabiliteringspolicy hjælp-til-selvhelp udvides.²

LITTERATUR

- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2009). *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research*. (2. udg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Bayliss, E., Edwards, A. E., Steiner, J. F., & Main, D. S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25(4), 287–293. DOI: [10.1093/fampra/cmn040](https://doi.org/10.1093/fampra/cmn040).
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2004). *Den sociale konstruktion af virkeligheden, en videnssociologisk afhandling*. Kbh: Akademisk Forlag.
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, (3), 261–277. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04).
- Emerson, R. M., Fretz, R. I. & Shaw, L. L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2. udg.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Gouldner, A. W. (1975). Sociology and the everyday life. I Coser, L. A. (red.), *The idea of social structure. Papers in honor of Robert K. Merton* (pp. 417–432). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Grøn, L., Mattingly, C. & Meinert, L. (2008). Kronisk hjemmearbejde. I Risør, M. B. (red.), *Kronisk sygdom* (pp. 71–95). Højbjerg: Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum.
- Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé?: en analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*: ph.d.-afhandling. Roskilde: Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.

2. Tak til: Jeg vil først og fremmest takke de borgere, jeg fik lov at følge i deres hverdagsliv og rehabiliteringsforløb, og de sundhedsprofessionelle, der kom i borgernes hjem. Jeg vil særligt takke professor Karen Christensen, Sociologisk Institut, Universitetet i Bergen, for nyttige kommentarer, der har gjort artiklen bedre.

- Hunter, S. & Ritchie, P. (red.) (2007). *Co-production and personalisation in social care. Changing relationships in the provision of social care*. London: Jessica Kingsley.
- Jacobsen, H. M. & Kristiansen, S. (2014). Hverdagslivssociologiens variationer. I Jacobsen, M. H. & Kristiansen, S. (red.), *Hverdagslivet, sociologier om det upåagtede* (2. udg., pp. 9–41). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jansbøl, K., Anker, L., Nielsen, N. & Hjarsbech, P. (2016). *Oplevelser af behandlingsforløb og sygdomskonsekvenser blandt mennesker med én eller flere autoimmune sygdomme*. København: KORA. Hentet 18.04.18. <https://www.kora.dk/media/5431556/11192-autoimmune-sygdomme.pdf>.
- Jensen, A. R., Davidsen, M., Ekholm, O. & Christensen, A. I. (2018). *Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017*. København. Hentet 18.04.18. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/73EADC242CDB46BD8ABF9DE895A6132C.ashx>.
- Järvinen, M., & Mortensen, N. (2002). Det magtfulde møde mellem system og klient: teoretiske perspektiver. I Järvinen, M., Larsen J. E. & Mortensen, N. (red.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (pp. 9–27). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2013). Længst muligt i eget liv og hverdagsrehabilitering: erfaringer fra Fredericia Kommune. *Gerontologi*, 29(1), 4–7.
- Kuluski, K., Bensimon, C. M., Alvaro, C., Lyons, R. F., Schaink, A. K. & Tobias, R. (2014). Life interrupted: The impact of complex chronic disease from the perspective of hospitalized patients. *Illness, Crisis & Loss*, 22(2), 127–144. DOI: [10.2190/IL.22.2.d](https://doi.org/10.2190/IL.22.2.d).
- Lauritzen, H.H., Bjerre, M., Graff, L., Rostgaard, T., Casier, F. & Fridberg, T. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner*. København. Hentet 18.04.18. https://pure.sfi.dk/ws/files/862584/1717_Rehabilitering_p_ldreomr_det_2017.pdf.
- Lawson, K. D., Mercer, S. W., Wyke, S., Grieve, E., Guthrie, B., Watt, G. C. & Fenwick, E. A. (2013). Double trouble: the impact of multimorbidity and deprivation on preference-weighted health related quality of life a cross sectional analysis of the Scottish Health Survey. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 67. DOI: [10.1186/1475-9276-12-67](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-67).
- Mahler, M., Sarvimäki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen, N., Liveng, A. & Hörder, H. (2014). Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*. DOI: [10.1177/1403494814556648](https://doi.org/10.1177/1403494814556648).
- May, C., Montori, V. M. & Mair, F. S. (2009). We need minimally disruptive medicine. *Source BMJ: British Medical Journal*, 339(7719), 485–487. DOI: [10.1136/bmj.b2803](https://doi.org/10.1136/bmj.b2803).
- Meldgaard Hansen, A. & Kamp, A. (2018). From carers to trainers: professional identity and body work in rehabilitative eldercare. *Gender, Work & Organization*, 25(1), 63–76. DOI: [10.1111/gwao.12126](https://doi.org/10.1111/gwao.12126).
- Mik-Meyer, N. (2002). Omsorgens herredømme. I Järvinen, M., Larsen J. E. & Mortensen, N. (red.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (pp. 107–129). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Pii, K. (2010). Den forebyggende indsats, Ledelse af patientens selvledelse. I Kjær, P., & Pedersen, A. R. (red.) (2010). *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Prados-Torres, A., Calderón-Larrañaga, A., Hanco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B. & Van Den Akker, M. (2014). Multimorbidity patterns: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 254–266. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2013.09.021](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.09.021).
- Rambøll. (2017). *Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83 a*. København.

- Rijken, M., Struckmann, V., Dyakova, M., Melchiorre, M. G., Rissanen, S. & Ginneken, E. van. (2013). ICARE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth*, 19(3), 29–31.
- Rostgaard, T. & Graff, L. (2016). *Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering*. København: KORA. Hentet 18.04.18. https://www.kora.dk/media/5619316/11117-fremfaerd-rehabilitering_web.pdf.
- Schutz, A. (1951). Making music together – a study in social relationship. *Social Research*, 18(1), 22.
- Schutz, A., & Wagner, H. R. (1970). *On Phenomenology and Social Relations; Selected Writings*. redigert, og med introduktionskapitel af Helmut R. Wagner. Chicago: University of Chicago Press.
- Schutz, A. (1971a). On multiple realities. I Natanson, M & Van Breda, H. L. (red.), *Collected papers I – The problem of social reality* (3. udg.). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, A. (1971b). Common-sense and scientific interpretation of human action. I Natanson, M & Van Breda, H. L. (red.), *Collected papers I – The problem of social reality* (3. udg.). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, A. (1971c). The stranger: An essay in social psychology. I Brodersen, A. (red.), *Collected papers II* (3. udg.). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Sells, D., Sledge, W. H., Wieland, M., Walden, D., Flanagan, E., Miller, R., & Davidson, L. (2009). Cascading crises, resilience and social support within the onset and development of multiple chronic conditions. *Chronic Illness*, 5, 92–102. DOI: [10.1177/1742395309104166](https://doi.org/10.1177/1742395309104166).
- Social- og Indenrigsministeriet (2014). Serviceloven – Bekendtgørelse af lov om social service. Hentet 18.04.18. <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=183958>.
- Statens Serum Institut & National Sundhedsdokumentation og -IT (2015). *Borgere med multisygdom*. København.
- Sundheds- og ældreministeriet (2015). Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven Vejledning nr. 2 til serviceloven – retsinformation.dk. Hentet 18.04.18. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=170634&exp=1>.
- Thuesen, J. (2013). *Gammel og svækket i nye omgivelser: narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb*. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitet.
- Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M. & Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9(7), 1–9. DOI: [10.1371/journal.pone.0102149](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149).
- Walker, C. (2015). Multiple conditions: exploring literature from the consumer perspective in Australia. *Health Expectations*, 18(2), 166–176. DOI: [10.1111/hex.12015](https://doi.org/10.1111/hex.12015).
- Ørtenblad, L., Meillier, L., & Jönsson, A. R. (2018). Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illness*, 14(4), 271–282. DOI: [10.1177/1742395317731607](https://doi.org/10.1177/1742395317731607).